

## 視力矯正費証明書

¥ \_\_\_\_\_

月分内訳

児童名	金額	内訳
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	

1. 日常生活を営む上で必要な視力矯正のための眼鏡等(日常生活において必要最小限度のもの)を購入する場合にかかる実費が対象となります。
2. 領収書等支払ったことがわかる書類を添付してください(写しで可)。なお、コンタクトレンズの購入については、必要となる状況が分かるもの(在部証明書等)も添付してください。

上記のとおり、視力矯正費を支払ったことを証明します。

年 月 日

施設長(里親)名

※ 法人の場合は記名押印してください。

法人以外でも、本人(代表者)が自署しない場合には、記名押印してください。